

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

N^o 2

SUR

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

(A PROPOS DE SIX CAS D'OPÉRATION DE PORRO)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 9 novembre 1908

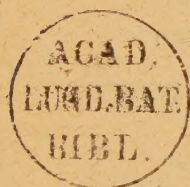
PAR

Louis LAUGIER

Né à Carnoules [Var], le 26 septembre 1881

EX-EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON

EX-INTERNE DES HÔPITAUX DE NICE



Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine



MONTPELLIER

IMPRIMERIE Gust. FIRMIN, MONTANE ET SICARDI

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1908

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. MAIRET (*) DOYEN
SARDA ASSESSEUR

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (*).
Clinique chirurgicale	TEDENAT (*).
Thérapeutique et matière médicale.	HAMELIN (*).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerv.	MAIRET (*).
Physique médicale.	IMBERT.
Botanique et hist. nat. méd.	GRANEL.
Clinique chirurgicale.	FORGUE (*).
Clinique ophtalmologique.	TRUC (*).
Chimie médicale.	VILLE.
Physiologie.	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne.	DUCAMP.
Anatomie.	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthop.	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène.	BERTIN-SANS (H.)
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER.
Clinique obstétricale.	VALLOIS.

Professeurs adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH

Doyen honoraire : M. VIALLETON

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (*), GRYNFELTT

M. H. GOT, *Secrétaire honoraire*

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des mal. des vieillards.	VIRES, agrégé.
Pathologie externe.	LAPEYRE, agr. lib.
Clinique gynécologique.	DE ROUVILLE, prof. adj.
Accouchements.	PUECH, Prof. adj.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, agr.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, agr. libre.
Médecine opératoire.	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE	MM. SOUBEYRAN	MM. LEENHARDT
VIRES	GUERIN	GAUSSEL
VEDEL	GAGNIERE	RICHE
JEANBRAU	GRYNFELTT Ed.	CABANNES
POUJOL	LAGRIFFOUL.	DERRIEN

M. IZARD, *secrétaire*.

Examineurs de la Thèse

MM. VALLOIS, <i>président</i> .		MM. GUÉRIN, <i>agré</i> g.
DE ROUVILLE, <i>professeur</i> .		LEENHARDT, <i>agré</i> g.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A MA GRAND'MÈRE

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SOEURS

MEIS ET AMICIS

L. LAUGIER.

A MON MAITRE LE DOCTEUR GASIGLIA

CHIRURGIEN EN CHEF DE LA MATERNITÉ DES HÔPITAUX DE NICE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE OBSTÉTRICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

MÉDECIN CHEF DE LA MATERNITÉ

L. LAUGIER

PREFACE

Notre maître, le docteur Gasiglia, chirurgien en chef de la Maternité des hôpitaux de Nice, a été amené à pratiquer plusieurs fois, dans des conditions particulières, l'opération césarienne de Porro.

A ce sujet, il nous a semblé intéressant, en même temps que nous rapportions six cas suivis de succès pour la mère et pour l'enfant, de rechercher la place que peut encore occuper aujourd'hui dans la chirurgie obstétricale l'opération de Porro, en présence des autres modes d'opération césarienne que nous avons également étudiés. Mais avant d'entreprendre notre sujet, nous avons un devoir à remplir, devoir de reconnaissance envers tous ceux qui nous ont aidé de leur amitié, de leurs conseils et de leur expérience pendant toute la durée de nos études de médecine.

C'est à la Faculté de médecine de Lyon que nous avons fait nos premiers pas dans la carrière médicale.

Par-dessus les années qui se sont écoulées, nous adressons l'hommage de notre respectueuse reconnaissance à nos maîtres de l'Ecole de Lyon et en particulier à ceux dont nous avons eu l'honneur d'être l'externe, M. le professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major honoraire des hôpitaux, M. le docteur Nové-Josserand, professeur de clinique chirurgicale infantile, M. le professeur Lannois. Mais c'est surtout à l'hôpital de Nice, où nous avons été interne pendant plus de trois ans, que va notre recon-

naissance. Nous avons trouvé là des maîtres qui nous ont dispensé sans compter le meilleur de leur savoir et de leur expérience.

M. le docteur Gasiglia, qui nous a suggéré l'idée du sujet de notre thèse, a bien voulu nous donner pendant toute la durée de notre internat des marques de confiance au dedans comme au dehors de l'hôpital. Nous l'en remercions sincèrement et nous ne saurions trop l'assurer de notre reconnaissance pour les conseils qu'il nous a donnés et la sympathie qu'il nous a toujours témoignée.

A M. le docteur Lautard va aussi une grande part de notre reconnaissance.

M. le docteur Ciaudo Louis a bien voulu lui aussi nous aider de ses conseils dans l'accomplissement de cette thèse ; avec une bienveillance et une amabilité dont nous resterons profondément touché, il a mis à notre disposition les ressources de son expérience et de son savoir. Nous l'en remercions sincèrement ainsi que de l'amitié qu'il nous a toujours témoignée.

Parmi nos maîtres de chirurgie, nous adressons le témoignage de notre gratitude à M. le docteur Grinda pour son enseignement, pour ses conseils, pour la confiance et la sympathie qu'il nous a donnés.

Avec lui, nous avons eu, pour nous perfectionner dans la pratique de la chirurgie, M. le docteur Schmid, qui nous a largement fait profiter de son érudition et de son expérience. Nous sommes heureux d'avoir acquis son estime et nous lui adressons ici tous nos sincères remerciements, ainsi qu'à MM. les docteurs Barralis, Charles Figuiera et Bensa, chirurgiens des hôpitaux, pour leurs conseils et pour la sympathie que, tous, nous l'espérons, voudront bien nous conserver.

Nous assurons encore de toute notre gratitude nos maî-

tres des services de médecine : M. le docteur Bourdon, qui nous a fait profiter de sa grande expérience médicale, MM. les docteurs Balestre, Ardoin, Camous, dont nous avons souvent mis à contribution l'érudition et le parfait sens clinique.

M. le docteur Vallois, professeur de clinique obstétricale à la Faculté de médecine de Montpellier, qui nous fait l'honneur de présider notre thèse, voudra bien trouver ici l'hommage de notre gratitude reconnaissante. Ses conseils autorisés nous ont été d'un grand secours dans l'accomplissement de ce travail.

La Faculté de Montpellier, où nous sommes allé terminer nos études, nous laisse un excellent souvenir, et nous ne pouvons que regretter de n'avoir pu profiter davantage de ses leçons.

Et maintenant, notre reconnaissance et notre cœur vont à tous nos amis, à tous ceux qui nous ont aimé d'une bonne amitié et qui nous ont aidé à couler plus doucement des heures parfois difficiles.

Et tandis que nous allons essayer de prendre notre place dans la vie et de voler de nos propres ailes, ce n'est pas sans un serrement de cœur que nous allons peut-être nous séparer de beaucoup d'entre eux, les assurant de garder toujours tout au fond de nous-même comme une fleur exquise leur consolant souvenir.

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR

L'OPÉRATION CÉSARIENNE

(A PROPOS DE SIX CAS D'OPÉRATION DE PORRO)

HISTORIQUE

L'opération césarienne n'a pas toujours été définie d'une façon uniforme et précise.

Baudelocque la définissait : « L'opération qu'on pratique sur la femme pour donner issue à l'enfant par une autre voie que celle qui lui était destinée par la nature. » (Traité des accouchements, 1781.)

Il faudrait donc appeler opération césarienne l'incision d'un kyste fœtal en cas de grossesse extra-utérine ; or, une pareille intervention est tout simplement une laparotomie de droit commun.

L'opération césarienne vaginale constitue de son côté une opération à part.

Stoltz (in Dictionn. de Méd. et de Chir. pratiques, 1867), la définit : « l'opération qui consiste à pratiquer une ouverture au ventre de la femme enceinte dans le but de faire l'extraction du fœtus par une voie artificielle. »

Berlin enfin (De l'opération césarienne, 1890), propose

de la définir : « l'extraction, par une incision pratiquée à l'abdomen, d'un fœtus développé dans la matrice. »

L'idée d'ouvrir le ventre de la femme morte pour en retirer un enfant vivant, a dû certainement s'imposer dès les temps les plus reculés aux peuplades les plus incultes.

L'opération césarienne sur la femme morte fut consacrée à Rome par la Lex Regia de Numa Pompilius. Permise aux prêtres catholiques par divers conciles pour baptiser l'enfant, elle fut sans doute pratiquée nombre de fois.

L'opération césarienne fut pratiquée pour la première fois sur le vivant par un châtreur de pores de Siegerhenser, Jacques Nufer, qui eut le rare bonheur de sauver à la fois la mère et l'enfant (1500).

Cette hardie tentative fut renouvelée de nombreuses fois, si l'on en croit François Rousset, dans le premier ouvrage *ex professo* qui ait paru sur la question (Traité nouveau de l'Hystérotomotokie ou Enfantement césarien, 1581).

La vogue de l'opération à cette époque fut très grande, malgré l'opposition d'Ambroise Paré et les insuccès fréquents. Au milieu du XVII^e siècle, Mauriceau la fait à peu près abandonner.

L'opération césarienne se traîne lamentablement ; elle subit l'influence néfaste des conditions chirurgicales d'une époque où l'on ignorait les germes pathogènes et où l'absence de méthode opératoire ne permettait pas d'entreprendre de propos délibéré une intervention, dont, au siècle dernier, Pajot disait encore « qu'elle était un assassinat scientifique et quelquefois un fœticide ».

A Paris, toutes les opérations faites dans le courant du XIX^e siècle (40 pour Guéniot, 60 pour Stoltz), ont amené la mort de la femme.

A Lyon, Debaugé (1876) rapporte que, sur 25 opérations faites à la Charité depuis 1841, un seul succès a été obtenu, celui de Bouchacourt.

Aussi les méthodes fœticides sont-elles presque seules en honneur. C'est Porro qui, le premier, en 1876, par l'opération qui porte son nom, réhabilita l'opération césarienne.

Son idée avait d'ailleurs eu des précurseurs.

Plus de cent ans avant lui (1769), un expérimentateur italien, Cavallini, enlevait l'utérus à des femelles pleines et concluait de la réussite de ces opérations à la possibilité d'adopter cette méthode chez la femme.

Geser en 1862, Fogliata en 1874, s'étaient livrés aux mêmes expériences chez les animaux.

Vers 1856, Kilian, cité par Pinard, mentionne une proposition analogue de G.-Ph. Michaelis et dit que « cet avis bizarre fut rejeté comme très risqué par tous les opérateurs, et ne trouva un accueil favorable que de la part de Stein le Jeune ».

Spencer Wells, au congrès de l'Association médicale, tenu à Dublin (1887), cite cette phrase en quelque sorte prophétique d'un ouvrage de Blundell, publié en 1828 : « Ne serait-il pas possible de diminuer les dangers de l'opération césarienne en enlevant la matrice ? »

Mais c'est Porro qui, le premier, eut le courage et la hardiesse d'exécuter une telle opération.

Le 21 mai 1876, une parturiente à terme (Julia Cavallini), rachitique, avec un sacro-pubien minimum de 0,04 centimètres, se présenta à la Maternité de Pavie. Malgré de nombreux cas de fièvre puerpérale observés à ce moment dans le service, il lui fait une amputation utéro-ovariennne et, le 40^e jour, la femme guérie quitte l'hôpital avec son enfant.

On hésite d'abord à suivre Porro dans la voie qu'il vient de tracer. En 1878, Imbert de la Touche, dans sa thèse, ne peut réunir que 6 cas avec 4 succès.

Mais bientôt elle se généralise. En France, elle est pratiquée pour la première fois le 2 février 1879 avec plein succès pour la mère et pour l'enfant par Fochier de Lyon.

A Paris, Tarnier, après un premier échec, obtint un succès, le premier à Paris depuis Lauverjat (20 mars 1879).

Dès lors, les opérations de Porro se multiplient.

En 1879, Pinard publie un tableau de 33 cas avec une mortalité maternelle de 45,4 p. 100.

En 1880, Harris (de Philadelphie) cite 50 cas dont 21 avec succès pour la mère et l'enfant, et 29 avec issue fatale.

En 1890, Harris relate 264 opérations.

C'est vers 1880 que l'opération de Porro atteint son apogée.

A partir de 1881, les partisans de l'hystérotomie reprennent le dessus, en même temps que s'affirment les progrès de l'antisepsie et les perfectionnements de la chirurgie abdominale.

Schröder considère l'opération de Porro comme une méthode de transition.

Kehrer de Heidelberg, Sænger de Leipzig (1882), formulent les règles qui président au mode de suture de la paroi utérine.

Dès lors, le Porro perd du terrain de jour en jour et sa décadence est aussi prompte que sa fortune a été rapide. Il n'est plus employé aujourd'hui qu'à titre de méthode d'exception, mais nous pensons que bien que réduites, ses indications n'en sont pas moins formelles.

L'OPERATION DE PORRO

Il n'est pas de raison qui n'ait été donnée pour faire disparaître de la pratique obstétrico-chirurgicale l'opération de Porro.

Les arguments d'ordre moral sont venus prêter leur appui à ceux d'ordre scientifique et l'ardeur que l'on a mise à vouloir la reléguer à jamais dans le domaine des vieilles lunes, ne semble avoir d'égale que dans la faveur excessive avec laquelle elle avait été acceptée à ses débuts.

Lorsque Porro eut la hardiesse et le courage de pratiquer le premier l'opération qui porte son nom, la chirurgie obstétricale, à vrai dire, n'existait pas.

La symphyséotomie était tombée dans l'oubli, le basiotribe et l'accouchement provoqué étaient les seules ressources de l'accoucheur.

C'est pour obvier aux deux grands inconvénients de l'incision de l'utérus, l'infection et l'hémorragie que Porro se décide à l'amputation utéro-ovarienne, pour pouvoir limiter la lésion utérine à un pédicule qui, fixé à l'extérieur, devait prévenir l'hémorragie, exclure toute suture perdue dans la cavité utérine, modérer l'infection et mener l'opération le plus rapidement et le plus méthodiquement possible.

L'opération de Porro à ses débuts ne donne pas cependant de brillants résultats ; et cela ne doit pas étonner si l'on considère l'époque où elle fut inaugurée.

On aurait tort, d'ailleurs, de se baser sur les statistiques qui précèdent la méthode antiseptique, pour se faire une idée exacte de l'opération de Porro.

Dans une des statistiques les plus complètes, faite dans ces dernières années et donnée dans un ouvrage que fit paraître en 1901, à la mémoire de Porro, le professeur Truzzi de l'Université de Padoue, celui-ci relève 1.097 cas d'opérations pratiquées en Europe et hors d'Europe, depuis l'avènement de la méthode jusqu'en 1901.

Mais avant d'aller plus loin dans cette question, il faut s'entendre sur la signification de l'opération de Porro.

Le procédé le plus généralement adopté par Porro et ses imitateurs, consiste, après avoir amputé l'utérus et ses annexes, à amener et à fixer le pédicule à l'angle inférieur de la plaie abdominale, quel que soit le moyen employé pour l'y maintenir.

Tandis que se perfectionne la chirurgie, on tend à modifier ce mode de traitement.

Le professeur Truzzi comprend, sous le nom synthétique d'opération de Porro (*metodo demolitore*), toutes les interventions qui ont pour but la suppression de l'organe gestateur, quel que soit le mode opératoire et le traitement que l'on fait subir au pédicule.

C'est ainsi que dans les 1.097 cas de sa statistique, on trouve cités tous les modes opératoires, depuis le traitement extra-abdominal du pédicule jusqu'à l'hystérectomie totale, en passant par la méthode de traitement intrapéritonéal du pédicule et l'hystérectomie sub-totale.

Pour nous, nous croyons que l'on doit conserver à l'opération de Porro son sens primitif et qu'il ne faut pas lui donner une telle extension.

Une des principales raisons qui militent, à l'heure actuelle, en faveur de ce mode opératoire, c'est précisément

sa simplicité d'exécution qui le met à la portée de tous les accoucheurs exercés, tandis que les méthodes d'hystérectomie totale et sub-totale constituent des procédés plus difficiles qui demandent une grande habitude chirurgicale et des conditions particulières que l'on ne rencontre pas chez la majorité des praticiens et dans les circonstances ordinaires où l'on est généralement appelé à opérer.

Nous aurons d'ailleurs l'occasion de nous en occuper plus complètement dans le cours de cette thèse, mais nous pouvons dire, dès maintenant, que nous les considérons comme des méthodes d'une tenue plus régulière, plus parfaite, mais qui ne sauraient être généralisées.

Nous exprimons d'ailleurs l'opinion de la grande majorité, sinon de tous les accoucheurs.

Définition. — Nous entendons donc par opération de Porro l'amputation de l'utérus puerpéral et des annexes avec pédicule externe et hémostase assurée par un tube de caoutchouc qui, placé au-dessous des broches, étrangle le pédicule. On l'a perfectionné en suturant le péritoine viscéral au péritoine pariétal, fixant ainsi le pédicule à l'angle inférieur de la plaie abdominale.

C'est le procédé employé par notre maître, le docteur Gasiglia, procédé que nous décrivons d'ailleurs avec les six observations que nous relatons d'autre part.

Il faut bien dire aussi que la statistique de Truzzi comprend une grande majorité de cas traités par la méthode extra-péritonéale.

Sur les 1.097 relevés dans son travail, 819 relèvent de ce procédé. Si nous recherchons maintenant dans quelles circonstances l'opération de Porro a été faite, les données sont différentes suivant l'époque que l'on considère.

Le Porro dans les viciations pelviennes. — La statistique du professeur Truzzi qui, nous l'avons dit, porte sur une période de vingt-cinq années, de 1876 à 1901, comprend un nombre très élevé d'opérations de Porro pratiquées dans les viciations pelviennes avec ou sans complications ; on en relève jusqu'à 789 répartis de la façon suivante :

Pelvis justo-minor, pelvis nain non rachitique . . .	20
Bassin oblique ovalaire	3
Bassin de Robert	3
Bassin rachitique aplati	24
Bassin généralement rétréci	93
Bassin asymétrique	4
Bassin pseudo-ostéomalacique	23
Bassin scoliotique	14
Bassin cyphotique	2
Bassin ostéomalacique	281
Bassin aplati, non rachitique	7
Bassin déformé par lésions de la colonne vertébrale, sans rachitisme	12
Bassin déformé par lésions des articulations des membres inférieurs	10
Bassins rétrécis non classifiés	293
Total	789

Ce chiffre formidable d'opérations de Porro pratiquées pour viciations pelviennes, ne doit pas étonner si l'on considère que les cas relevés dans cette statistique se placent pour beaucoup dans une période où la césarienne conservatrice était peu connue, mal réglée et ne donnait pas les résultats d'aujourd'hui.

D'autre part, beaucoup de ces viciations se compli-

quaient de phénomènes d'infection, et ceci aussi doit entrer en ligne de compte.

Il faut bien savoir encore que l'opération césarienne conservatrice ne s'est généralisée que depuis quelques années et que beaucoup d'accoucheurs, influencés sans doute par les résultats déplorables qu'elle avait donnés jusqu'à nos jours, ne l'entreprenaient pas sans arrière-pensée.

C'est pourquoi, en raison de la gravité qu'on lui attribuait, un grand nombre était d'avis que, lorsque le bassin d'une femme était assez rétréci pour nécessiter l'opération césarienne, cette femme avait tout avantage à ne plus redevenir enceinte. L'opération de Porro remplissait cette indication de la façon la plus formelle et la plus simple. Mais aujourd'hui, la césarienne conservatrice a fait ses preuves ; la théorie précédente n'est plus admise et il suffit pour s'en convaincre, de relever le nombre toujours en décroissance des opérations de Porro pratiquées dans ces dernières années, pour des viciations pelviennes sans complications.

Pour notre part, nous avons consulté à ce propos la thèse du docteur Crémieu, inspirée par Pinard et de date toute récente. (Résultats de l'opération de Porro à la clinique Baudelocque, 3 juin 1908).

En examinant les opérations de Porro, pratiquées à l'heure actuelle, nous en avons relevé seulement 3, en ce qui concerne les viciations pelviennes sans complications, et encore sont-elles d'une espèce particulière.

Dans l'une (1905), on avait décidé de faire une conservatrice lorsqu'un incident survenu au cours de l'opération et qui en aurait prolongé la durée, et par conséquent assombri le pronostic, obligea à pratiquer l'amputation utéro-ovarique.

Au moment où l'on se disposait à pratiquer la suture utérine, on s'aperçut que les aiguilles dont on disposait, détrempées par la stérilisation, ne pouvaient servir.

On peut donc ne pas tenir compte de ce cas.

Dans l'autre observation, à une dystocie grave du bassin se joignait une insertion vicieuse du placenta sur le segment inférieur. La femme avait eu des métrorragies pendant sa grossesse et, au moment du travail, le décollement du placenta donnait lieu à une hémorragie persistante. Le professeur Pinard, craignant, d'une part, une hémorragie secondaire par défaut de contraction du segment inférieur et ne voulant pas, d'autre part, prolonger l'opération chez une femme déjà épuisée par des hémorragies successives, préféra un Porro à la césarienne conservatrice et à l'hystérectomie.

Dans la troisième observation, il s'agissait d'un bassin ostéomalacique et dans ces cas, comme nous le disons plus loin, l'amputation utéro-ovarique semble particulièrement indiquée.

Dans les viciations pelviennes sans utérus infecté, l'opération de Porro doit donc céder le pas à la conservatrice, et l'on peut dire avec Couvelaire dans la pratique médico-chirurgicale : « Toutes les fois que l'opérée et l'opérateur réalisant les conditions requises, la femme sera jugée capable de mener à bien une grossesse ultérieure, on est en droit de lui conserver son utérus. »

Le Porro dans l'ostéomalacie. — Nous avons vu que, dans les trois opérations de Porro, citées dans la thèse de Crémieu, pour viciations pelviennes, il en est une qui vise un bassin ostéomalacique.

Pour notre part, dans les six observations que nous rapportons, nous avons également un bassin ostéomalaci-

que. Dans le travail du professeur Truzzi, on trouve encore un nombre élevé (281) d'opérations de Porro, pratiquées pour bassins de ce genre.

Certaines régions de l'Italie voient de nombreux cas d'ostéomalacie. Les professeurs italiens (Truzzi, Carle, Chiarleone, Pestalozza), ne pensent pas que l'on doive se contenter, dans ces cas, de l'ablation des annexes. Ils estiment que la guérison est beaucoup plus rapide et beaucoup plus sûre, lorsqu'on enlève en même temps le corps utérin. De plus, il est certain que l'opération césarienne conservatrice avec castration, est une opération plus compliquée et dont la longueur et la difficulté doivent entrer en ligne de compte chez des malades déjà affaiblies et épuisées par leur maladie même. En ce qui regarde les résultats, Fehling de son côté, dans sa statistique, en admettant comme criterium de la guérison définitive l'aptitude à la marche, au travail sans douleur dans les os et la suppression complète des règles, a constaté que, sur 12 cas de castration, il y avait 10 guérisons définitives et 2 incomplètes, et sur 5 opérations de Porro, 4 définitives et 1 incomplète.

Nous avons eu bien soin de dire que nous considérons les viciations pelviennes en elles-mêmes sans complications d'aucune sorte.

Le Porro dans les infections. — Il est certain que c'est à l'opération de Porro et à elle seule que l'on devra recourir s'il existe un degré quelconque d'infection dans une partie quelconque du tractus génital. Que les accidents septicémiques soient déjà déclarés, que le fœtus soit mort, les membranes rompues prématurément avec un liquide louche et fétide, le Porro garde encore tous ses droits à l'époque actuelle.

Léopold, un de ceux qui ont à leur actif le plus grand nombre d'opérations césariennes conservatrices, n'hésite pas à adopter cette méthode pour éviter les conséquences funestes de l'infection des voies générales.

Nous pensons qu'en règle générale, il n'est pas nécessaire que l'infection soit nettement constituée pour adopter la méthode de Porro.

Guillet, dans les conclusions de sa thèse (De l'opération césarienne d'urgence, Paris 1904), dit que tant que l'infection n'est pas positivement établie, on doit pratiquer une césarienne conservatrice.

Nous ne croyons pas, pour notre part, qu'il faille attendre des phénomènes nets d'infection et qu'il sera plus prudent de recourir à l'opération de Porro, lorsque, chez une parturiente, des touchers successifs auront été faits par des mains suspectes, lorsque des tentatives ont eu lieu pour terminer l'accouchement par les voies naturelles, sans qu'on soit assuré de la parfaite asepsie de ces manœuvres, lorsqu'on aura constaté à un moment une élévation quelconque de température, une accélération du pouls et qu'une odeur suspecte, si faible soit-elle, sera constatée.

Nous montrons plus loin, d'après le professeur Finard, les avantages de cette façon de procéder, qui supprime à peu près entièrement les risques que peut donner en pareil cas l'opération césarienne conservatrice.

Pour certains auteurs, l'infection d'une des parties quelconques du canal génital par le gonocoque est une indication au Porro, car l'accouchement comme la menstruation, favorise l'infection ascendante de l'utérus, malgré l'écoulement parfait des lochies (Pestalozza).

Enfin, il est des cas où une hémorragie considérable par atonie utérine oblige à l'amputation de l'utérus, soit pour éviter une trop grande perte de sang, soit pour parer à une

infection qui sera d'autant plus à craindre que l'hémorragie aura été plus forte, sans parler des dangers de thrombose et d'embolie qui pourraient en résulter (Doléris).

Il faut bien savoir que les injections préventives d'ergotine, faites systématiquement avant l'opération césarienne conservatrice, n'arrivent pas toujours à empêcher ces accidents.

La crainte de l'infection est en obstétrique comme dans toute la chirurgie d'ailleurs, le commencement de la sagesse et la condition du succès, et c'est pourquoi nous sommes encore amenés à pratiquer l'opération de Porro dans les cas d'atrésie et de sténose cicatricielle du col utérin et du canal vaginal.

L'opération de Porro dans les sténoses.— Les plus fréquentes de ces sténoses sont consécutives soit à l'opération de Shröder mal faite, soit à des cautérisations par des caustiques, soit à d'anciennes déchirures, à des brûlures, soit encore à des lésions syphilitiques ou à une malformation congénitale du col ou du vagin.

Il ne faut pas songer à recourir dans ces cas à l'opération césarienne conservatrice, car l'écoulement des lochies est particulièrement important dans la genèse de l'infection utérine.

On est parfois appelé à intervenir pour des sténoses d'un genre particulier, nous voulons parler des sténoses cancéreuses.

Le professeur Pinard, contrairement à l'opinion classique, n'admet pas que la grossesse constitue une aggravation pour le cancer et n'est pas, en conséquence, partisan d'une intervention avant le terme. Crémieu, dans sa thèse, cite à l'appui de cette façon de voir 11 femmes atteintes de cancer et dont 10 ont mené leur grossesse à terme ou près du terme. Theillaber donne également une statistique qui

corrobore la précédente, tandis que Bar et Conlstein n'ont vu la grossesse arriver à terme que dans les 2/3 des cas.

Il est évident que l'on n'est autorisé à temporiser que lorsque la lésion cancéreuse est constatée à une époque rapprochée du terme. Tout cancer diagnostiqué aux premiers mois de la grossesse doit être immédiatement opéré afin de ne pas laisser aux lésions le temps de s'étendre.

Au terme de la grossesse, lorsque, en raison de l'état du col, l'attouchement spontané n'est pas possible, il faut proscrire toutes les extractions forcées à travers un col indilatable ou difficilement dilatable.

Lorsque les difficultés sont évidentes et même pour peu que le travail traîne en longueur et que le fœtus soit menacé, il faut recourir à l'opération césarienne en se rappelant que plus tôt on opère, meilleurs sont les résultats.

Etant donné l'état du col, l'opération césarienne conservatrice doit être nécessairement éliminée, et si l'on se décide à opérer, c'est incontestablement à l'amputation utéro-ovarique que l'on devra s'adresser.

Mais ici, à côté de l'opération de Porro, il y a plus particulièrement place pour une opération plus complète, l'hystérectomie totale, et puisque nous avons été amené à écrire le mot, nous allons étudier à leur tour les méthodes d'hystérectomie dans le domaine obstétrical.

Des méthodes d'hystérectomie. — Nous avons dit plus haut que nous ne saurions faire entrer dans le même cadre (metodo demolitore) avec le professeur Truzzi, l'hystérectomie et la méthode de traitement extra-péritonéal du pédicule à laquelle nous avons réservé l'appellation d'opération de Porro.

L'hystérectomie est une méthode difficile demandant une grande expérience chirurgicale et des conditions de

milieu et d'assistance parfaites d'asepsie et d'installation ; dans tous les cas où elle pourra être employée, si un chirurgien est capable de mener à bien une telle opération, elle sera certainement préférable au Porro.

Rétrécissement du bassin. — Dans les rétrécissements du bassin, Crémieu, dans sa thèse, cite deux cas d'hystérectomie totale. Disons tout de suite qu'ils sont antérieurs à 1900 (l'un date de 1897, l'autre de 1898), car les rétrécissements du bassin sans complications ne sont plus aujourd'hui justiciables que de l'opération césarienne conservatrice.

Quoi qu'il en soit, ces deux opérations se terminèrent l'une par la guérison de la femme, l'autre eut une issue fatale.

Dans les mêmes conditions, 13 Porro avaient donné 12 succès. Il est difficile de juger, d'ailleurs, sur un aussi petit nombre de cas, surtout si l'on considère qu'il s'agit d'une hystérectomie totale, c'est-à-dire, comme nous le verrons plus loin, de la modalité la plus difficile et la plus dangereuse.

Sténoses du col. — Dans les cas d'atrésie du col, de sténose et, en particulier, de sténose cancéreuse, lorsque l'état général de la femme sera satisfaisant, la lésion nettement limitée, que les conditions en général seront bonnes, on s'accorde à conseiller l'hystérectomie totale.

Il faut bien savoir, d'ailleurs, que les résultats n'en sont pas très encourageants.

Dans son rapport au congrès d'Alger, Ovi donne 5 morts sur 8 opérations, par conséquent une mortalité de 62,3 p. 100.

Si la lésion est avancée, si le cancer a empiété sur les tis-

sus voisins et qu'on ne puisse espérer enlever par l'hystérectomie la totalité du mal, c'est à l'opération de Porro que l'on devra encore s'adresser. Elle est rapide, réduit le traumatisme au minimum, et ne laisse pas dans la cavité péritonéale des tissus capables de l'infecter.

Crémieu, dans sa thèse, cite 4 cas d'opération de Porro entreprise dans ces conditions, qui ont permis de sauver trois fois la mère et l'enfant.

Les fibromes. — Les fibromes compliquent assez fréquemment la grossesse. On est cependant rarement appelé à intervenir chirurgicalement ; toutefois, dans certains cas, à cause de l'enclavement et de la dystocie particulière qui en résulte, il faut se décider à une intervention sanglante.

La suture utérine ne donne pas en général de bons résultats ; les hémorragies par inertie utérine sont plus fréquentes et l'infection a plus de chances de se produire.

Demelin (Annales de la Société d'obstétrique de France, 1895), cite un cas de Guéniot où la suture d'un utérus fibromateux fut suivie de gangrène de la paroi utérine.

« La polypectomie et la myomectomie vaginales ne peuvent s'appliquer qu'à des fibromes du col. La polypectomie et la myomectomie abdominales peuvent être pratiquées, ainsi que l'a fait Montprofit, comme complément d'une césarienne entreprise pour fibromes dystociques. La césarienne vaginale de Dührsen a été employée par Alexandro, qui rapporte une série de 15 cas avec une mortalité maternelle de 18,7 p. 100 et une mortalité fœtale de 62 p. 100 ; quant à la césarienne abdominale conservatrice, elle n'a de raison d'être que si elle est complétée par l'ablation de la tumeur... Dans l'immense majorité des cas, c'est à une

opération mutilatrice qu'il faudra se résoudre. » (Thèse Crémieu.)

Il est encore difficile, à l'heure actuelle, de discuter la valeur de l'hystérectomie en face de l'opération de Porro ; les cas en sont encore rares. Crémieu, dans sa thèse, ne cite que 3 cas où l'on fut obligé d'intervenir pour des fibromes créant une dystocie. L'opération de Porro pratiquée deux fois, donna une guérison et une mort par occlusion intestinale ; une hystérectomie totale amène la guérison de la femme.

Depuis 1890, 18 Porro ont été pratiqués dans ces cas, suivis d'une mort maternelle et trois fœtales ; 16 cas d'hystérectomie abdominale totale ont donné 12 guérisons et 4 morts maternelles, 13 enfants vivants et 3 morts.

On peut être obligé d'avoir recours à l'hystérectomie si la tumeur bas située ne permet pas d'obtenir un moignon qui puisse être extériorisé.

Nous pensons que l'hystérectomie sub-totale est l'opération de choix, toutes les fois qu'elle peut être pratiquée.

On peut rencontrer également la coexistence d'une grossesse et d'un kyste de l'ovaire. A ce propos, le professeur Pinard dit : « Tout kyste ovarien diagnostiqué commande impérativement l'intervention pendant la première moitié de la grossesse. » La grossesse n'est généralement pas interrompue, et on évite toutes les complications pouvant provenir de la torsion du pédicule, de l'accroissement de la tumeur et de sa dégénérescence.

Si la grossesse est à terme, le professeur Pinard est d'avis que, si la tumeur est unilatérale, il faut, après ovariotomie, pratiquer une césarienne conservatrice, si l'autre ovaire est sain et la femme jeune. Dans le cas contraire, il conseille une amputation utéro-ovarique, Porro ou hys-

térectomie, suivant l'opérateur et les conditions de l'opération.

L'opération césarienne conservatrice, dans ces cas, allongerait de beaucoup l'opération, augmenterait par conséquent les phénomènes de choc et les chances d'infection.

Les infections. — Les utérus infectés paraissent n'être justiciables que du Porro. Presque tous les auteurs sont d'accord pour ignorer dans ces cas l'opération césarienne conservatrice.

Crémieu, dans sa thèse, donne une hystérectomie pratiquée pour un bassin rachitique avec rupture prématurée des membranes, liquide vert purée, fétide : la femme mourut. Bien qu'on ait pu dire que l'hystérectomie totale ne laissait rien subsister des parties infectées, cette opération dans les cas où elle a été entreprise n'a donné que des déboires.

Les résultats du Porro, par contre, n'incitent guère à recourir à l'hystérectomie. Sur sept Porro, pratiqués sur des femmes infectées, mais dont le produit vivait encore, aucune des opérées n'a succombé ; un seul enfant est mort pendant les suites de couches.

Enfin, dans les cas d'utérus infectés avec enfant mort, en raison des phénomènes de putréfaction qui marchent avec une extrême rapidité, si l'état du col ou une cause de dystocie ne permet pas de recourir à l'accouchement par les voies naturelles, c'est au Porro seul qu'il faut s'adresser comme à la méthode la plus simple et la plus sûre. Crémieu cite dans sa thèse 7 Porro entrepris dans ces conditions, qui ont donné 4 guérisons et 3 morts.

Enfin, nous croyons utile de mentionner ici le conseil du professeur Pinard, consigné dans la thèse de Crémieu, à savoir que toutes les fois que dans ces cas d'infection, on

constate un œdème envahissant non seulement le col mais une grande partie du segment inférieur, il faut redouter par des manœuvres prolongées sur le col une rupture utérine qui se produit facilement dans ces cas, et dont on peut mesurer toutes les terribles conséquences.

Ruptures de l'utérus. — Et puisque nous parlons des ruptures de l'utérus, nous dirons que les méthodes d'hystérectomie trouvent ici une de leurs principales indications.

L'opération de Porro ne pourra être pratiquée que dans les cas où la déchirure ne sera pas trop étendue et le péritoine ni trop déchiré, ni trop décollé. Il faut un moignon que l'on puisse extérioriser.

La césarienne conservatrice ne sera pas employée, non seulement à cause de l'irrégularité de la suture, mais encore pour éviter le danger d'une nouvelle rupture au cours d'une grossesse ultérieure.

« Lorsqu'une femme, en essayant de reproduire l'espèce, a rompu son utérus, dit spirituellement Varnier, elle est bonne, si elle en réchappe, à mettre en réforme pour blessure contractée dans le service. Ce n'est pas avec des invalides qu'on fait campagne. »

L'hystérectomie supra-vaginale sera l'opération de choix comme dans tous les cas où elle pourra être employée concurremment au Porro et à l'hystérectomie totale. Dans le cas particulier de rupture utérine, elle ne pourra être employée que si la déchirure ne descend pas trop bas, sinon c'est à l'hystérectomie totale qu'il faudra s'adresser.

Nous ne saurions trop insister en terminant cet exposé, sur la supériorité de la sub-totale sur la totale.

L'hystérectomie totale offre une difficulté plus grande

et un pronostic plus mauvais, comme le montre la statistique du professeur Truzzi, que nous publions d'autre part. Elle est plus longue et expose davantage à l'infection par l'ouverture du vagin.

Nous ne croyons pas que l'état particulier du col doive faire rejeter la sub-totale. Ce procédé d'hystérectomie joint à une plus grande facilité d'exécution une sécurité plus grande dans les suites opératoires ; le choc opératoire est moins intense et la perte de sang est moins grande et plus facile à arrêter.

Nous n'insisterons pas sur le manuel opératoire de l'hystérectomie. Les préparatifs de la malade, du chirurgien et des aides ne différant pas de ceux d'une laparotomie ordinaire et les premiers temps de l'opération sont en tout semblables à ceux d'une césarienne conservatrice.

L'utérus incisé, l'enfant extrait, des clamps seront placés sur les tranches utérines pour arrêter l'hémorragie et l'utérus enlevé en totalité ou incisé à 0,01 centimètre environ de l'insertion supérieure du vagin, selon les règles classiques de l'hystérectomie totale ou sub-totale.

Statistique comparée des divers modes d'exérèse utéro-ovarique. — Pour donner une idée exacte des divers modes d'amputation utéro-ovarique, nous faisons suivre cette étude des résultats obtenus par ces divers procédés et publiés dans l'ouvrage du professeur Truzzi.

Nous ne considérons que les résultats obtenus dans les cinq dernières années de la période de 25 ans qui est étudiée dans l'ouvrage du professeur italien.

De 1897 à 1901 :

	Nombre de cas	Mortalité
Traitement extra-péritonéal	122	5.7 0/0
Traitement intra-péritonéal	21	19 0/0
Hystérectomie sub-totale	22	7 0/0
Hystérectomie abdominale totale . .	18	16.6 0/0

La mortalité de la sub-totale, qui est ici un peu plus élevée que celle de la méthode extra-péritonéale, reste en dessous considérée dans son ensemble.

Si nous considérons, en effet, la mortalité sur la période de 15 ans de 1886 à 1901, l'hystérectomie sub-totale donne une proportion de décès de 8,1 p. 100, la méthode extra-péritonéale 13 p. 100 et l'hystérectomie totale 17,6 p. 100.

Nous n'avons cité que pour mémoire la méthode intra-péritonéale. « Litzmann (de Kiel), essaya le premier (1880) le traitement intra-péritonéal du pédicule dans l'opération de Porro ; après avoir placé une ligature élastique et extrait le fœtus, il plaça 10 ligatures au-dessus du lien élastique ; il lia le ligament large, droit, séparément ; le ligament large gauche fut compris dans l'étreinte du moignon ; après quoi, il coupa l'utérus à 0,02 centimètres au-dessus des ligatures ; au-dessous de la ligature élastique, il lia encore deux fois le pédicule pour arrêter un léger suintement sanguin ; puis il réduisit le pédicule dans l'abdomen ; la femme mourut. » (D'après Berlin.) Cette méthode qui eut, paraît-il, quelques imitateurs ne donna que de mauvais résultats. Godson, dans une statistique en 1875, constate que sur 13 femmes opérées de la sorte, 10 ont succombé.

L'hystérectomie totale sera réservée aux tumeurs bas situées empiétant sur le col, aux déchirures étendues.

L'opération de Porro demeure dans tous les cas où la femme sera infectée ou menacée d'infection, lorsque le chirurgien n'aura pas une habitude suffisante de la laparotomie ou que les conditions dans lesquelles il se trouve pour opérer sont mauvaises.

La mortalité dans l'opération de Porro. —

Nous avons vu ce que donne à ce point de vue la statistique du professeur Truzzi.

Léopold donne une statistique dans laquelle il n'a perdu aucune des sept femmes opérées par la méthode radicale, tandis que la césarienne conservatrice lui a donné une mortalité de 10,7 0/0 (1890).

La plus grande mortalité du Porro est donnée par les cas d'infection préexistante qui contribuent pour une grande part à obérer les statistiques de cette opération.

Nous insistons particulièrement sur le terme d'infection préexistante, car la méthode extra-péritonéale, telle qu'elle est pratiquée de nos jours, n'expose plus guère à l'infection post-opératoire. D'après la statistique du professeur Truzzi, les sténoses du bassin ont donné la mortalité suivante :

Années	Mortalité
1876-1882.	47 0/0
1882-1887.	26 0/0
1887-1892.	10.7 0/0
1892-1897.	3.2 0/0
1897-1901.	8.3 0/0

Dans la thèse de Crémieu, les viciations pelviennes ont nécessité 14 opérations de Porro. Sur ce nombre, 13 ont été suivies de guérison pour les femmes ; une a été suivie de décès, un incident étant survenu à la fin de l'opération qui obligea à rouvrir le ventre de la femme.

Les tumeurs ont nécessité 5 opérations de Porro, qui ont été suivies de 4 guérisons.

Les sténoses du col ont amené 6 opérations de Porro avec 5 guérisons et une mort par cachexie cancéreuse.

Les adhérences de l'utérus ont donné 2 guérisons pour 2 opérations. Les utérus infectés, 10 guérisons pour 13 opérées.

Le dernier chiffre est particulièrement instructif pour montrer la supériorité du Porro dans ces cas d'infection.

Les ruptures de l'utérus ont nécessité 3 opérations de Porro avec 3 guérisons.

En somme, sur un total de 43 opérations de Porro, la mortalité a été de 7,21 0/0.

Mortalité fœtale. — Dans la statistique de Truzzi, sur un total de 858 enfants, le chiffre des décès est de 22 0/0.

Si l'on veut bien ne pas oublier les conditions mauvaises dans lesquelles on a souvent dû intervenir, cette mortalité n'est certainement pas excessive.

Dans la thèse de Crémieu, les viciations pelviennes ont donné 14 enfants vivants pour 14 opérations de Porro.

Les tumeurs, 5 enfants vivants pour 5 opérations.

Les sténoses, 4 vivants sur 5 opérations (1 mort chez une femme cancéreuse).

Les adhérences de l'utérus, 2 enfants vivants pour 2 opérations.

Dans les infections, 5 enfants vivants pour 13 Porro ; 7 étaient morts avant la naissance, 1 est mort 3 jours après.

Les ruptures de l'utérus ont donné enfin 3 enfants vivants pour 3 opérations.

OBSERVATIONS

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Les opérations dont nous publions les observations ont été pratiquées par notre maître, le docteur Gasiglia, dans des cas types pour l'opération de Porro.

Il s'agit généralement d'opérations césariennes d'urgence pratiquées chez des femmes naines, rachitiques, d'angustie pelvienne égale ou inférieure à 0,05 centimètres, infectées et épuisées au dehors par de longues et inutiles manœuvres.

Dans ces conditions, l'opération de Porro trouvait son indication toute naturelle, et il ne fallait pas songer à s'adresser à un autre mode d'intervention sous peine de voir, à peu près sûrement, changer le pronostic des opérations qui fut dans tous ces cas particulièrement heureux.

C'est à cause de la rapidité de ce mode d'intervention, c'est à cause de l'obligation où on était de réduire au minimum les dangers d'hémorragie et d'infection post-opératoire que le docteur Gasiglia pratiqua dans tous ces cas l'opération césarienne de Porro.

MANUEL OPÉRATOIRE

Les préparatifs de la malade, du chirurgien et des aides ne diffèrent pas de ceux en vigueur dans toute laparotomie.

La malade chloroformée, rasée, sondée, est nettoyée à la brosse, au savon, à l'alcool et à l'éther dans toute l'étendue de la paroi abdominale et jusqu'à la racine des cuisses.

Des compresses stérilisées limitent le champ opératoire.

Incision de l'abdomen sur la ligne médiane de 0,04 ou 0,05 centimètres au-dessus du pubis, à 4 ou 5 centimètres au-dessus du nombril.

Section de la paroi abdominale, incision du feuillet péritonéal.

L'extériorisation de l'utérus est faite d'une façon systématique toutes les fois qu'elle est possible. Un champ à intestinales, d'autres isolent intestins protège les anses complètement l'utérus, placés entre celui-ci et la paroi abdominale, de façon à protéger complètement la cavité contre l'invasion du liquide amniotique septique. L'utérus est incisé sur sa face antérieure au-devant de la ligne médiane, l'incision étant dirigée vers le fond en n'empiétant pas les limites du segment inférieur.

Si on rencontre le placenta, il est incisé franchement.

Dans ce temps, tandis qu'un aide maintient les parois abdominales contre l'utérus pour diriger au dehors le sang et le liquide amniotique, un autre serre à pleines mains la région cervicale de l'utérus. L'enfant est extrait rapidement, ainsi que le placenta.

Pose de longues et fortes pinces pour fermer provisoi-

rement l'utérus et tandis qu'un aide soutient le fond de l'utérus, l'opérateur place le lien élastique au niveau de l'isthme.

On change les compresses de champ.

On procède alors :

1° A la transfixion du moignon avec une broche placée au-dessus du lien élastique.

2° A l'amputation du col au bistouri à 0,02 centimètres de la ligature élastique.

3° A la suture circulaire séro-séreuse du moignon avec le péritoine pariétal.

4° A l'asepsie du moignon avec le thermocautère.

5° A la suture abdominale à 3 étages.

Le pansement est fait ensuite après qu'on a nettoyé la paroi abdominale. La broche est isolée de la paroi pour ne pas la blesser. Gaze et ouate stérilisée. Bandage de corps compressif.

Soins consécutifs. — La femme reportée dans son lit, une injection de sérum de 5 ou 600 grammes lui est faite pour combattre l'état de shock. Elle est placée dans la position horizontale, la tête basse. Morphine à dose convenable si c'est nécessaire.

L'attention de notre maître, le docteur Gasiglia, a été attirée principalement sur les phénomènes d'ordre intestinal qui surviennent quelquefois à la suite de l'opération. Ces femmes, opérées d'urgence, ne peuvent être nettoyées comme il conviendrait avant l'opération.

Or, il arrive que, par suite de la rétention des matières, on voit survenir de véritables phénomènes d'occlusion intestinale : météorisme, péritonisme avec fièvre et tendance au collapsus, le tout accompagné de vomissements fécaloïdes.

L'opérée de l'observation III a présenté des phénomènes de ce genre, et c'est par des lavements et des évacuations répétées que l'on a fait cesser de pareils accidents qui auraient pu tromper un praticien non averti sur leur véritable origine.

Il ne faut donc pas trop attendre pour provoquer l'évacuation aussi complète que possible.

On se guidera pour faire les pansements sur la température et l'odeur.

S'il y a de la fétidité, le pansement est fait tous les jours ; sinon on le retarde autant que possible et jusqu'au 6^e ou 7^e jour. Une injection vaginale sous faible pression accompagne le pansement.

En général, deux ou trois pansements ont suffi pour amener en 10 ou 14 jours la chute du moignon.

Il reste alors une plaie abdominale en infundibulum qui sera pansée différemment selon qu'elle est septique ou non.

En général, la durée du séjour au lit n'a pas dépassé 15 à 18 jours, et les femmes sont sorties avec leur enfant vers le 25^e jour.

On a principalement reproché à l'opération de Porro :

1^o Le traumatisme énorme qui résulte de l'ablation d'une si volumineuse tumeur.

2^o La privation ultérieure de toute maternité.

3^o Les troubles nerveux (vaso-moteurs, psychiques), résultant de la castration totale (Lucas-Championnière).

4^o Les dangers d'infection par gangrène du pédicule et la fréquence des pansements.

5^o La longueur du rétablissement.

Nous n'avons pas méconnu le premier de ces inconvénients. Mais nous pensons cependant qu'il faut davantage

compter avec la perte de sang qu'avec la masse enlevée, et il est possible de restreindre beaucoup l'hémorragie.

La deuxième objection est certainement la plus grave, bien qu'il ne faille pas cependant lâcher la proie pour l'ombre, c'est-à-dire s'exposer par une opération conservatrice à perdre à la fois la mère et l'enfant, d'autant plus que les produits qui naissent de femmes déshéritées par la nature ne sont guère propres, en général, à régénérer la race.

Lucas-Championnière a particulièrement insisté sur les troubles nerveux qui suivent l'opération de Porro. Nous ne méconnaissions pas la valeur de cet argument, et nous avons pu nous rendre compte par nous-même dans la chirurgie abdominale des troubles que peut amener la castration totale. Nous les croyons cependant exagérés et en particulier nos six opérées qui ont été suivies longtemps par nous et certaines revues depuis peu, ne nous ont rien présenté de particulier à ce point de vue. Pour ce qui regarde l'infection, la suture circulaire séro-séreuse la limite facilement ; dans nos observations, le moignon s'est éliminé rapidement et n'a nécessité que deux ou trois pansements. La durée du séjour au lit n'a jamais dépassé 25 jours.

Ces griefs ne suffisent donc pas à contre-indiquer le Porro dans les cas où on le juge nécessaire et les inconvénients ne doivent pas faire perdre de vue les avantages incontestables qui peuvent encore découler de son emploi.

• OBSERVATION PREMIÈRE

La nommée Nig..., épouse F..., 40 ans, entre à la Maternité le 15 septembre 1896, à 6 heures du matin. Les dernières règles au commencement décembre 1895.

Primipare.

En travail depuis 48 heures ; la poche des eaux est rompue depuis 24 heures. On constate l'écoulement d'un liquide très abondant et très fétide.

Au toucher, O I D A, tête très mobile au-dessus du détroit supérieur. Diamètre sacro-pubien, 5 centimètres. Ventre en besace. Scoliose vertébrale très prononcée, membres inférieurs courts, tibias et fémurs incurvés.

Taille, 1 m. 24.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus nettement. L'opération est pratiquée le matin même, suivant la technique citée plus haut.

Extraction de l'enfant vivant.

La température des jours suivants ne dépasse pas 38°.

Le premier pansement est fait six jours après, le 21 septembre.

Le 26 septembre, deuxième pansement.

Le 29 septembre, troisième pansement et élimination du moignon. On enlève les points de suture abdominale.

La surface d'élimination du moignon est pansée tous les cinq jours, et le 25^e jour, l'opérée quitte le service avec son enfant en parfait état.

OBSERVATION II

La nommée D... G..., 36 ans, multipare de 4, atteinte d'ostéomalacie avancée, venant de Menton, entre le 7 novembre 1899 à la Maternité, à terme et en travail.

Etat général très mauvais. Station debout impossible. Taille, 1 m. 30 par effondrement sacro-vertébral.

Bassin chiffonné. Diamètre antéro-postérieur, 3 cent. et demi. Gouttière étroite entre les deux pubis.

Poids total de la femme avant l'intervention : 45 kilogs.

Les bruits du cœur fœtal sont perçus nettement.

L'opération est décidée et pratiquée le même jour par le docteur Gasiglia, suivant la méthode indiquée. Enfant extrait vivant. Les suites sont bonnes sans élévation notable de la température.

Le pansement est fait le 5^e jour.

Elimination du moignon le 12^e jour.

Enlèvement de sutures le 15^e jour.

La femme sort guérie avec son enfant le 22^e jour.

OBSERVATION III

La nommée Prad.... Joséphine, 34 ans, entre le 3 mars 1904 à la Maternité.

En travail et à terme.

Naine rachitique. Taille 1 m. 18. Diamètre sacro-pubien, 0,05. Les battements du cœur fœtal sont nets.

L'opération est pratiquée de la même manière le jour même.

Durée de l'opération, 35 minutes.

Cette malade présente dans ses suites opératoires les phénomènes de pseudo-occlusion intestinale dont nous parlons plus haut.

Lavements électriques répétés ; évacuation aussi complète que possible. Disparition des accidents.

Les pansements sont faits comme d'habitude et le moignon s'élimine le 14^e jour.

Le 25^e jour, la femme sort complètement guérie avec son enfant.

OBSERVATION IV

La nommée Gasp..., 26 ans. Taille 1 m. 19. Entre à la Maternité le 29 juin 1904.

La femme accepte l'opération et serait très heureuse de ne plus redevenir enceinte.

Les dernières règles remontent au commencement d'octobre 1903. Le travail n'est pas déclaré.

Diamètre antéro-postérieur, 0,05.

La malade est préparée de plus longue main et l'opération décidée pour le 12 juillet.

Elle est pratiquée de la même façon que précédemment.

Enfant vivant de 2.900 grammes.

Les suites sont absolument apyrétiques. La température n'a jamais dépassé 37°.

La malade se lève le 15^e jour ; sort de l'hôpital avec son enfant le 26^e jour.

OBSERVATION V.

La nommée Barn..., 28 ans, naine, rachitique. Taille 1 m. 19. Entre à la Maternité le 24 octobre 1904, en travail.

Poche des eaux rompue depuis la veille. Écoulement fétide. Les battements du cœur fœtal sont nets. Diamètre antéro-postérieur : 0 m. 04. L'opération est décidée et pratiquée le jour même. Enfant extrait vivant, 3 kilogrammes. La guérison opératoire est normale et se fait en 16 jours.

Le rétablissement général est retardé par des phénomènes stercorémiques et ictériques. Purgatifs, lavements.

La malade sort guérie avec son enfant un mois après l'opération.

OBSERVATION VI

La nommée Rich...-Duj..., 25 ans, naine, rachitique, très malingre. Taille 1 m. 21. Diamètre antéro-postérieur : 0 m. 05. Entre à l'hôpital le 11 avril 1905. Règles, 12 juillet 1904. Le travail n'est pas déclaré.

En raison de la mauvaise constitution de la femme et de son mauvais état général, le docteur Gasiglia décide une opération de Porro. La malade est soigneusement préparée. Opération classique le 18 avril. L'enfant est extrait vivant. Les suites opératoires sont absolument normales et apyrétiques.

Le moignon s'élimine au douzième jour et la malade sort guérie avec son enfant le vingt-cinquième jour après l'opération.

L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE

Nous avons préféré, au lieu de confondre les deux études de l'opération de Porro et de la césarienne conservatrice pour en dégager les indications, étudier dans un chapitre distinct ces deux opérations. Il nous a semblé que notre exposé ne pouvait qu'y gagner en clarté, et nous voulons, avant de tirer des conclusions de notre thèse, placer, ici une étude de l'opération césarienne conservatrice.

L'opération césarienne conservatrice a été réhabilitée, ou plutôt créée par Saenger en 1882. Cette opération, à ses débuts, a été surtout pratiquée en Allemagne, berceau de sa naissance, et ses résultats ont été merveilleux dès le commencement, si l'on en croit les statistiques de Saenger.

En 1886, Potocki donne une mortalité de 26 pour 100 pour les mères et de 11,6 pour cent pour les enfants.

Crédé (1887), 28 pour cent pour les mères, 10 pour cent pour les enfants.

Léopold (1888) accuse une mortalité de 8 pour cent.

Saenger, dans sa statistique, ne déclare qu'une mortalité de quatre pour cent.

Il faut bien dire que ce dernier chiffre, considéré à l'époque où il est donné, est comme la quintessence de ce que l'on peut obtenir avec la conservatrice.

L'opération est pratiquée dans des conditions de garantie exceptionnelle ; les femmes à opérer sont soigneuse-

rent sélectionnées ; les opérateurs, chirurgiens éminents, s'entourent d'une foule de précautions d'une minutie remarquable, et qui ne ressemble guère, somme toute, à une opération de pratique courante.

En 1889, Caruso, dans sa statistique, qui comprend 200 opérations depuis 1882, donne encore une mortalité de 25 pour 100.

En 1895, Demelin, sur un total de 167 observations, pratiquées depuis 1887, donne une mortalité de 20 pour 100.

Maygrier (in Tarnier et Budin, 1901), donne une mortalité de 6,6 0/0.

Dans la thèse de Marcel Jean (Etude comparée de la symphyséotomie et de la césarienne conservatrice), sur un total de 404 opérations césariennes conservatrices, le pourcentage est de 6,18.

Pour les enfants, sur 175, 145 sont nés vivants et bien portants, 20 en état de mort apparente ont été ranimés, 7 sont morts-nés et 3 asphyxiques n'ont pu être rappelés à la vie.

Le champ de l'opération césarienne va sans cesse en s'agrandissant, il est admis par certains accoucheurs que, tout en sauvegardant mieux les intérêts de l'enfant, l'opération césarienne conservatrice n'entraîne pas plus de risques que l'accouchement artificiel par les voies naturelles, avec déploiement de force (Bonnaire, *Presse Médicale*, octobre 1907).

Tout en reconnaissant les progrès de cette opération dans ces dernières années, et les bons résultats qu'elle donne, il est difficile de souscrire à cette assertion, qui, nous en sommes certain, si elle était généralement acceptée, augmenterait dans de notables proportions les 3 ou 4 0/0 de mortalité que l'on accuse actuellement pour la césarienne conservatrice.

Il est convenu que l'extrême gravité de cette opération n'est plus, à cette heure, qu'une légende, mais elle n'en reste pas moins une laparotomie comportant toujours en elle-même une certaine gravité ?

Viciations pelviennes. — Les viciations pelviennes sans complications, qui ne permettent pas l'accouchement par les voies naturelles, sont généralement justiciables de l'opération césarienne conservatrice. Il est plus difficile de fixer les limites dans lesquelles il convient de pratiquer cette opération.

Nous nous contenterons de rapporter les opinions des différents auteurs à ce sujet.

Léopold (Congrès d'Amsterdam, 1899) dit : « L'opération césarienne a des indications relatives et absolues.

» Indication relative, quand le conjugué vrai varie de 7,5 à 6 ; absolue de 6 à 0.

» Les conditions nécessaires pour la césarienne à indication relative sont les suivantes : l'accouchement spontané est impossible ; forceps et version ne sont pas applicables ; l'enfant est *bien vivant* ; la parturiente, dont la délivrance ne souffre plus aucun retard, est dans un hôpital ou dans un milieu où toutes les conditions nécessaires, non seulement pour l'opération, mais aussi pour les soins consécutifs, se trouvent assurés. Sinon, crâniotomie. Quand on se trouve en présence d'un bassin rétréci avec conjugué vrai de 6 centimètres et au-dessous, il faut faire l'opération césarienne. »

Veit se contente de dire qu'il y a une indication relative toutes les fois que l'accoucheur, en cours d'un accouchement presque impossible à terminer par le forceps ou la version, se trouve dans des conditions telles qu'il peut répondre de la mère et de l'enfant. Dans ce cas, l'accou-

cheur doit consulter beaucoup plus le milieu dans lequel il va opérer, ses ressources et son habileté, que l'état du bassin maternel.

Pour M. Bar, avec un P. P. minimum de 81 à 90 millimètres, on doit tenter la version ; de 71 à 80 millimètres, il convient de préférer les interventions sanglantes. Le choix de ces interventions dépendra des préférences personnelles et de l'expérience de l'opérateur.

Williams pense que la limite supérieure de l'indication absolue doit être élevée à 7 cent., et les indications relatives de 7 à 8,5, pour les bassins plats, et de 7 à 9 pour les bassins généralement rétrécis. Dans les cas d'indication absolue, on peut opérer soit à la fin de la grossesse, soit au début du travail ; dans les indications relatives, il conseille d'attendre une heure après la dilatation complète, et si la tête n'a aucune tendance à s'engager, on doit préférer la césarienne au forceps et à la version, sauf dans les cas d'infection.

Dans le *Traité de l'art des accouchements*, de Tarnier et Budin, il est dit : « Il y a une indication relative toutes les fois que le bassin ne permet pas le passage d'un enfant vivant à terme... La césarienne peut donc être admise entre 6 1/2 et 7 centimètres de diamètre P. P. M.

» L'indication absolue est dans un P. P. M. égal ou inférieur à 6 dans les bassins généralement rétrécis, et 6,5 dans les bassins aplatis. »

Pour Budin : « L'indication absolue de la césarienne dans les rétrécissements du bassin est réalisée en fait, sinon au sens propre du mot, quand on ne peut recourir à la basiotripsie sans faire courir à la mère des risques plus grands qu'avec la césarienne elle-même. »

Dans un article paru dans la *Presse Médicale* (Relation de vingt opérations césariennes conservatrices à l'hôpital

Lariboissière, 5 octobre 1907), le professeur agrégé Bonnaire préconise la césarienne conservatrice jusque dans les bassins de 8 centimètres de rétrécissement pour les rachitiques à type aplati, et 9 pour les rachitiques généralement rétrécis.

« ... Ainsi, notre expérience clinique nous amène-t-elle à fixer la frontière entre les indications de la section césarienne et celle de l'accouchement prématuré artificiel, à 8 centimètres de rétrécissement pour les bassins rachitiques à type aplati, et à 9 centimètres pour les bassins généralement rétrécis. Encore estimons-nous cette dernière limite comme dangereuse, tant sont fâcheux les effets de la perversion anatomique et fonctionnelle des parties molles de l'appareil génital dans les bassins atrésiques. L'importance de cette dernière notion est telle pour nous, qu'elle comporte une contre-indication formelle à l'accouchement par pélykotomie, en tant qu'opération de choix, dans les bassins à type justo-minor. » Bonnaire.

Il faut citer parmi les viciations pélviennes, comme étant surtout justiciable d'une opération césarienne, le bassin de Naegelé. M. Lepage a pu faire radiographier le bassin d'une femme à laquelle il avait fait une conservatrice dans ces conditions. En comparant les diamètres du détroit supérieur avec ceux de la tête fœtale d'un enfant dont le poids n'était cependant que de 2.710 grammes, on voit qu'il aurait fallu pour extraire cette tête avec le forceps que la réduction fût de 2 centimètres et portât sur une longueur de près de 8. (Société d'obstétrique de Paris, 20 juin 1907).

Rigidité du col. — Ribemont-Dessaignes et Grosse ont relaté dans les comptes-rendus de la Société d'obstétrique et de pédiatrie (Paris, juillet 1904), l'observation d'une

conservatrice exécutée pour un cas de rigidité du col. Les membranes s'étant rompues prématurément, le travail ne progressait que très lentement ; malgré de violentes contractions utérines, la tête ne s'engageait pas avec un bassin très peu rétréci et le col ne se dilatait pas.

Placenta prævia. — A côté de ces cas, d'où se dégage souvent une indication absolue d'intervenir, certains accoucheurs se basant sur la gravité du placenta prævia et l'innocuité relative de l'opération césarienne, ont préconisé la conservatrice dans ce cas.

Francis Donoghue (*Journal of American Med.-Assoc.*, septembre 1902), regarde comme une indication à l'opération césarienne conservatrice le placenta prævia central, le placenta prævia chez les primipares avec hémorragie grave ; enfin, les cas où on a été obligé d'intervenir pour cette cause dans une grossesse antérieure.

Les partisans de la césarienne dans ces cas ont surtout en vue l'intérêt de l'enfant.

Eclampsie. — Enfin, nous citerons l'opération césarienne conservatrice dans l'éclampsie. Halbertsman a pratiqué six fois l'opération césarienne chez des éclamptiques avec cinq résultats favorables.

Kaltembach (de Halle), y a recours avec succès pour la femme et pour l'enfant.

On admet en France que, dans l'éclampsie, l'opération césarienne ne doit être pratiquée que dans des conditions tout à fait exceptionnelles, lorsque, l'état de la mère étant désespéré, le fœtus est vivant et l'état du col ne permet pas l'extraction rapide par les voies naturelles.

Il faut bien savoir que la dilatation marche, en général, très vite chez les éclamptiques.

Le professeur Pinard, qui n'a jamais eu recours aux interventions sanglantes dans ces conditions, a obtenu par les méthodes ordinaires un succès appréciable : sur 74 cas d'éclampsie il n'a enregistré que 7 décès, réellement imputables à cette maladie, ce qui donne une moyenne de 9,4 0/0 de mortalité.

MANUEL OPÉRATOIRE

Le succès de l'opération césarienne conservatrice est en raison directe du soin qu'on apportera à la préparer et à la pratiquer dans les règles de l'asepsie la plus minutieuse.

Les préparatifs sont les mêmes que ceux employés en chirurgie pour toute laparotomie.

Deux aides sont suffisants ; on diminue ainsi les chances d'infection.

La malade, l'opérateur et les aides étant soigneusement préparés, on pratique une injection sous-cutanée d'ergotine. L'incision est faite sur la ligne médiane ; commençant à 5 ou 6 centimètres au-dessus de l'ombilic, elle s'étend à la même distance au-dessous, en passant à droite de l'ombilic.

Le globe utérin mis à nu est ramené sur la ligne médiane ; on l'isole convenablement par des compresses du péritoine et des anses intestinales. L'utérus est ouvert dans les mêmes conditions que pour le Porro, et on extrait de même l'enfant et l'arrière-faix.

On change les compresses pendant qu'un aide saisit à deux mains les tranches de la plaie utérine ; beaucoup d'opérateurs entourent d'un lien élastique provisoire, ou

font embrasser par les mains d'un aide la partie inférieure de l'utérus.

On pratique ensuite sur l'utérus revenu sur lui-même une suture à trois plans : un profond séro-musculaire, sans intéresser la muqueuse, dont les fils ne seront noués qu'après l'application d'un second plan de sutures séro-musculaires plus superficielles ; le tout est recouvert d'un surjet séro-séreux. On draine ou non, selon les circonstances.

Nous estimons, pour notre part, que comme dans toute laparotomie, on doit drainer, ne serait-ce qu'avec un tout petit drain, et pendant 24 heures. Nous croyons qu'en agissant ainsi, on supprime la réaction péritonéale, qui, par suite de l'épanchement de sang ou de sérosité, même en minime quantité, se produit presque fatalement (si petite soit-elle), dans toute laparotomie de quelque importance.

Généralement, on préfère extérioriser l'utérus ; l'incision doit être plus grande. Cette façon de procéder permet de mieux protéger la cavité péritonéale, et beaucoup d'opérateurs en profitent pour modifier le procédé d'hémostase en faisant saisir par un aide les ligaments larges à pleines mains, restreignant ainsi les chances d'hémorragie secondaire que donne souvent la compression par le lien élastique (Boissard, thèse de Marcel Jean). Beaucoup d'opérateurs préconisent le tamponnement de l'utérus.

Vicarelli, de l'Université de Turin, pratiqua systématiquement pendant les deux années 1899-1900 et 1900-1901, le tamponnement dans sept opérations césariennes conservatrices, qui fut fait avec une bande gaze simplement stérilisée, longue de 5 centimètres, large de 10 cent., repliée quatre fois sur elle-même en largeur. L'extrémité était introduite dans le col et affleurait le vagin sans y être attirée après l'opération, et on pratiquait une irriga-

tion antiseptique vaginale. Le deuxième ou le troisième jour, Vicarelli enlevait la bande et donnait une injection vaginale ou même utérine avec de l'eau stérilisée.

On sondait la malade et on pratiquait une injection d'ergotine pendant les trois premiers jours ; le troisième jour, purgation ; le douzième jour, on enlève les fils ; le vingtième ou le vingt-troisième jour, la malade se levait.

Vicarelli reconnaît au tamponnement les avantages suivants : sécurité contre l'inertie utérine et l'hémorragie, et même contre l'infection ; il oblitère directement les vaisseaux, mais n'entrave ni l'écoulement des lochies ni l'involution utérine, ni la cicatrisation de la plaie (drainage capillaire, excitateur de la contraction utérine).

Enfin, on a préconisé l'incision transversale du fond de l'utérus (incision de Fritsch).

On a dit que, de cette façon :

- 1° On évite mieux l'éventration ;
- 2° En attirant le fond de l'utérus au dehors, le sang et les liquides ne pénètrent pas dans le péritoine ;
- 3° L'enfant est extrait plus facilement ;
- 4° Le placenta est moins facilement rencontré sous le bistouri ;
- 5° L'incision se rétrécit beaucoup et la suture est plus rapide ;
- 6° L'incision est moins facilement souillée par les germes venus du vagin.

Nous croyons que cette façon de procéder est généralement inférieure à l'incision classique, et que ses avantages sont purement théoriques.

Dauber (Des indications et de l'exécution de l'opération césarienne, *Semaine Médicale*, 19 juillet 1905), cite 30 opérations pratiquées par la méthode verticale, qui n'ont donné aucune hernie de la cicatrice.

Il est beaucoup plus facile, dans cette incision classique, d'attirer l'utérus au-dehors.

Le professeur Hoffmeier, cité par Dauber, a fait neuf fois l'incision transversale du fond de l'utérus ; l'hémorragie, sauf dans un cas, ne parut pas diminuée ; sept fois on trouva le placenta inséré sur le fond ou dans son voisinage immédiat. (Les statistiques donnent une proportion de 30 p. cent pour l'incision de Fritsch, et de 40 p. cent pour l'incision classique, dans les cas où l'on rencontre le placenta). Enfin, il semble que dans l'incision de Fritsch, il y a souvent adhérence de l'intestin à la cicatrice ; l'infection péritonéale paraît plus aisée, et la rupture utérine plus facile, lors d'une grossesse ultérieure (cas de Meyer).

De l'opération césarienne itérative. — Beaucoup d'opérateurs ont été amenés à pratiquer plusieurs fois l'opération césarienne conservatrice chez les mêmes femmes.

Green (de Boston) rapporte neuf cas d'opération césarienne conservatrice pratiquée chez des femmes ayant déjà subi cette intervention : deux fois l'opération fut faite en cours du travail ; sept fois avant tout début. Dans un cas on ne rencontre pas d'adhérences ; dans sept cas, il en existait beaucoup, et l'opération dura de 40 minutes à 1 heure 30 ; dans un cas, enfin, les adhérences étaient telles que l'enfant put être extrait sans ouverture de la grande cavité. Une seule femme mourut de shock. Mortalité : 11 0/0. Voron (de Lyon) eut l'occasion de pratiquer une opération césarienne conservatrice chez une femme ayant déjà été opérée par lui. Il trouva une anse d'intestin grêle tellement adhérente à la paroi, que, malgré les plus grandes précautions, sa blessure devait être fatale. Tixier, appelé, réséqua l'anse blessée et fit une suture intestinale au

bouton. La malade guérit et partit avec son enfant bien portant.

Il ne semble pas, cependant, que, d'une façon générale, l'opération césarienne itérative présente beaucoup plus de danger que la première intervention. Il ressort des statistiques de Léopold, Olshausen, que l'on peut, avec Bar, ne pas la considérer comme plus difficile dans son exécution, ni plus mauvaise dans son pronostic.

M. le professeur Vallois eut l'occasion de pratiquer, l'année dernière, à la Clinique obstétricale de Montpellier, une opération césarienne itérative, avec double succès pour la mère et pour l'enfant.

Du moment de l'opération. — Si nous considérons, pour terminer, le moment où il convient le mieux de pratiquer une opération césarienne conservatrice, il semble que, lorsque cela est possible, il vaut mieux opérer près du terme de la grossesse, sans attendre que le travail soit déclaré. L'utérus se rétracte suffisamment, et le col permettra l'écoulement facile des lochies. D'autre part, on peut choisir son heure et préparer la malade en conséquence.

CONCLUSIONS

I. — L'opération césarienne trouve sa principale indication dans les viciations pelviennes. Pratiquée à terme ou presque à terme, avant tout début de travail, c'est l'opération de choix, lorsque le diamètre P. P. M. est égal ou inférieur à 7 centimètres, à plus forte raison s'il s'agit d'un bassin généralement rétréci.

II. — En principe, l'opération césarienne doit être conservatrice et l'accoucheur ne doit pas priver la femme de la possibilité d'une grossesse ultérieure. Mais il est des accidents (hémorragie incoercible, infection certaine ou imminente), qui commandent de terminer par l'amputation utéro-ovarienne. Cette dernière intervention pourra trouver aussi ses indications dans certains états pathologiques : cancer, fibrome, ruptures utérines.

III. — L'hystérectomie abdominale, telle que les chirurgiens la pratiquent aujourd'hui, est une opération plus correcte, plus élégante, plus parfaite, que l'opération de Porro. Mais, plus que cette dernière, elle exige des conditions de milieu excellentes, une assistance intelligente et exercée ; enfin, de la part de l'opérateur, une habileté et une expérience opératoire particulières. Moins que le

Porro, elle est à la portée de tous les accoucheurs. Il est des cas où l'opération de Porro reste indiquée.

IV. — L'hystérectomie sub-totale doit être préférée à la totale, toutes les fois qu'il y a possibilité. Son exécution est plus facile et ses résultats meilleurs.

BIBLIOGRAPHIE

- BUÉ. — Hystérectomie et Hystérotomie en Obstétrique, 1903, librairie Rudeval.
- BONNAIRE. — 20 opérations césariennes pratiquées à l'Hôpital Lariboissière. (Presse Médicale, 5 octobre 1907).
- BOQUEL. — Sur l'avenir obstétrical des femmes qui ont subi l'opération césarienne. 2 observations. (Journal d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie pratiques, 20 décembre 1905).
- CRÉMIEU. — De l'opération de Porro à la Clinique Baudelocque. (Thèse, Paris, 1908).
- CANTON. — Sur 17 cas d'opération césarienne conservatrice. (3^e Congrès latino-américain, Rio-de-Janeiro, août 1905).
- CARBONELLI. — Onze tailles césariennes par la méthode de Porro. (Archivio Italiano di Gynecologia, Anno V, février 1902, n° 1).
- CAMPIONE. — 3 cas d'opération de Porro chez des femmes ostéomalaciques. (Archivio Italiano di Ostetrica et Gynecologia, 1904, n° 1).
- DAUBER. — Des indications et de l'exécution de l'opération césarienne. (Semaine Médicale, 19 juillet 1905).

- DREYFUS. — Etude critique des différentes méthodes d'opération césarienne. (Thèse inaugurale de Strasbourg, 1900).
- ESSEN MOLLER. — Six opérations césariennes avec discussion et comparaison de l'opération césarienne conservatrice avec le Porro. (Centralblatt f. Gynec., 1903, n° 39).
- FOURNIER. — Réflexions sur 32 opérations césariennes. (La Picardie Médicale, 5 mai 1906).
- DONOGHNE (Francis). — L'opération césarienne dans le placenta prævia. (The Journal of American Med. Assoc., septembre 1902).
- GREEN. — De la répétition de la section césarienne chez la même femme. (American Journal of Obstetric, janvier 1903).
- GUILLET. — L'opération césarienne d'urgence. (Thèse, Paris, 1904).
- LEPAGE. — De l'opération césarienne tardive. (Bulletin Médical, mai 1907).
- LEPAGE et GROSSE. — Opération de Porro et hystérectomie abdominale sub-totale. (Compte-rendu de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Paris, octobre 1901).
- MEYER. — Opérations césariennes itératives. (Semaine Médicale, septembre 1903).
- JEAN (Marcel). — Symphyséotomie et opération césarienne conservatrice. (Thèse, Paris, 1901).
- MICHEL et FRUHINSHOZ. — Opération de Porro chez une femme achondroplasique césarotomisée pour la 4^e fois. (Comptes-rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie, Paris, décembre 1900).

- MOUCHOTTE. — L'opération césarienne tardive. (*Monde Médical*, août 1907).
- Dystocie par tumeur kystique pelvi-abdominale. Ablation de la tumeur. Opération de Porro. (*Tribune Médicale*, août 1907).
- NOTO. — 4 opérations de Porro pour ostéomalacie. (*La Rassegna d'Ostetrica et Gynecologia*, avril 1902, n° 4).
- OUI (de Lille). — Opération césarienne itérative suivie d'hystérectomie.
- QUEIREL. — Fibromes et grossesses à terme. Opération de Porro. (*Revue pratique d'Obstétrique et de Pédiatrie*, octobre 1907).
- SALIN. — Un cas d'opération césarienne pour éclampsie. (*Hygiea*, octobre 1902).
- TRUZZI. — L'opération césarienne de Porro. (XXV^e Anniversaire, 1901).
- UHLE. — Un cas de Porro. (*Centralblatt f. Gynec.*, 1903, n° 49).
- VICARELLI (G.). — Le tamponnement de l'utérus après la taille césarienne conservatrice. (L'année scolaire 1900-1901 de l'Institut obstétrical et gynécologique de l'Université de Turin).
- VORON et TIXIER. — Opération césarienne itérative pratiquée trois ans après la première intervention. (*Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, juin 1907).
- WAGNER. — L'opération de Porro modifiée. (*The American Journal of Obstetric*, février 1904).
- WALL et RISS. — Opération de Porro pour rupture utérine pendant le travail. (*Société d'Obstétrique de Paris*, octobre 1905).
- WEISS et SCHULL. — Opération césarienne et hystérectomie dans les ruptures de l'utérus. (*Annales de Gynécologie*, 1900).

WILLIAMS (J.-W.). — Indications de l'opération césarienne dans les viciations pelviennes. (Trans. of the American Gynec. Society, in American Journal of Obstetric, septembre 1901).

ZAMBONI. — L'opération de Porro dans un cas de placenta prævia central au cours d'une grossesse gémellaire. (L'Arte obstetrica, 1904, n° 2).

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 29 Octobre 1908
Le Recteur,
ANT. BENOIST.

Vu et approuve
Montpellier, le 29 Octobre 1908
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !
